typické pro depresivní poruchu. Dlouhodobé potíže s usínáním mohou napodobovat symptomy insomnie sekundární k depresi. Poruchy pozornosti jsou přítomné u obou diagnóz, což dále komplikuje diagnostiku (4). ED může být v některých případech chybně interpretována jako projev depresivní poruchy. Mezi důležité prediktory nediagnostikované ADHD patří vyšší počet dříve užívaných antidepresiv typu SSRI ($p < 0,03$), což je v souladu s dosavadními poznatky, neboť selektivní inhibice serotoninového transportéru – typická pro SSRI – obvykle nevede k významnému zlepšení příznaků ADHD. Navíc právě tato forma účinku má potenciál nepříznivě ovlivnit dopaminergní a noradrenergní neurotransmisi prostřednictvím aktivace receptorů 5-HT2A a 5-HT2C, což může vést k prohloubení anhedonie či oploštělosti afektu. Tento efekt však není přítomen u látek, které tyto receptory antagonizují, jako je například agomelatin, mirtazapin, trazodon a v menší míře také vortioxetin (2).

Léčba

Kombinace antidepresiv a medikace na ADHD není vždy nezbytná. Například atomoxetin může často účinně ovlivnit jak afektivní, tak i anxiózní příznaky již v monoterapii. Potřeba kombinované léčby se odvíjí od klinické situace. U pacienta, který je již léčen pro ADHD a u něhož se nově objevují depresivní symptomy, je přidání antidepresiva možné, avšak vyžaduje pečlivé zvážení, zejména s ohledem na možná kardiovaskulární rizika některých kombinací. Naopak u pacienta, který přichází primárně s obrazem těžké deprese bez dosavadní psychiatrické léčby, může být diagnóza ADHD zastřena akutní symptomatikou. V těchto případech se příznaky ADHD obvykle projeví až po odeznění akutní fáze deprese nebo při nedostatečné odpovědi na standardní antidepresivní léčbu. Rozsáhlá populační kohortová studie, která po dobu čtyř let sledovala 38 752 pacientů, zjistila, že užívání medikace na ADHD je asociováno s nižší prevalencí deprese, a to zejména u jedinců, kteří ADHD medikaci užívají delší dobu (5).

Bipolární porucha

Diagnostika bipolární poruchy (BAP) s komorbidní ADHD je složitá, protože se mnoho příznaků BAP překrývá s příznaky ADHD. Diferenciální diagnostika mezi ADHD a BAP II je ztížena přítomností hypomanických epizod, které lze od ADHD odlišit obtížně. Klinický obraz mohou dále komplikovat smíšené epizody a rychlé cyklování, které jsou častější u BAP II než u BAP I. Nicméně u pacientů s komorbidní ADHD převažuje BAP I nad BAP II (2). Až 40 % pacientů s diagnostikovanou BAP splňuje také kritéria pro ADHD (6).

Dospělí s BAP a ADHD mají horší průběh a závažnější klinické projevy ve srovnání s jedinci bez této komorbidity. U jedinců s komorbidní ADHD bývá časnější nástup příznaků poruchy, četnější epizody poruch nálady, nižší úroveň dosaženého vzdělání, vyšší míra sebevražedných pokusů a vyšší prevalence současného zneužívání psychoaktivních látek (7).

Léčba

U pacientů s komorbidní ADHD a BAP je nezbytné primárně stabilizovat afektivní symptomatiku, neboť jakákoli cílená léčba ADHD u nedostatečně nebo nevhodně zaléčené bipolární epizody představuje významné klinické riziko, a to bez ohledu na to, zda se jedná o methylfenidát, amfetaminy či atomoxetin. Nestabilizovaná BAP se může projevovat výkyvy nálady, impulzivitou, hyperaktivitou a nepozorností, tedy symptomy, které se překrývají s klinickým obrazem ADHD. Prvním cílem léčby by proto měla být stabilizace nálady. U BAP I. typu je nezbytné zajistit trvalé a důsledné užívání alespoň jednoho thymoprofylaktika, přičemž

Tab. 1. *Rozdíly mezi depresivní poruchou a ADHD*

Rozdíly mezi depresivní poruchou a ADHD		
Příznaky	**ADHD**	**Depresivní porucha**
Poruchy pozornosti	kolísavé, výrazně závislé na typu úkolu; obtíže udržet pozornost při nudných úkolech	poruchy pozornosti jsou důsledkem celkového zpomalení a negativní nálady ovlivňující kognitivní výkonnost
Motivace	selektivně snížená (závisí na zájmu/stimulaci), zvýšená pro vysoce motivující činnosti	globálně snížená, včetně dříve oblíbených aktivit
Emoční regulace	rychlé a intenzivní změny nálad, přemrštěné emocionální reakce (vztek, pláč), nízká frustrační tolerance	převažuje smutek, anhedonie, pocity beznaděje a snížené sebevědomí
Psychomotorika	hyperaktivita, vnitřní neklid	psychomotorické zpomalení nebo agitovanost
Impulzivita	výrazná, vede k unáhleným rozhodnutím	spíše neimpulzivní, převažuje váhavost a pasivita
Kognitivní výkon	kolísá dle míry struktury a stimulace; přetrvává i bez přítomnosti afektivních symptomů	zpomalené myšlení, zhoršená paměť a pozornost; částečně nebo zcela reverzibilní s odezněním epizody
Chronologie symptomů	chronický průběh, symptomy jsou přítomny od dětství	epizodický průběh, symptomy se mohou objevit kdykoliv, často jsou spouštěny stresovými událostmi
Reakce na léčbu SSRI	nízká účinnost, často bez efektu nebo se zhoršením některých symptomů	antidepresiva zmírňují depresivní symptomy

Tab. 2. *Rozdíly mezi ADHD a bipolární poruchou*

Rozdíly mezi ADHD a bipolární poruchou		
Symptomy	**ADHD**	**Bipolární porucha**
Hyperaktivita	stabilní po celý den	epizodická, vázaná na manické fáze
Impulzivita	stálá, neplánovaná jednání, obtíže s inhibicí	epizodická, vázaná na epizody (hypo)mánie/deprese
Poruchy pozornosti	chronická nepozornost	epizodické, vázané na epizody (hypo)mánie/deprese
Spánkové poruchy	způsobují únavu a zhoršené fungování	v (hypo)manické fázi je snížená potřeba spánku, která nezpůsobuje únavu v depresivní fázi je hypersomnie
Průběh	chronický a stabilní v čase	epizodický (epizody mánie/deprese)
Změny nálad	jsou situačně podmíněné	změny nálad jsou biologického původu vázané na epizody mánie/deprese